

## LA CHIRURGIE DE LA CATARACTE EN FRANCE

La chirurgie de la cataracte est l'acte chirurgical le plus pratiqué en France : près de 560 000 interventions ont été réalisées en 2006 pour un montant de 880 millions d'euros.

Etant donné la fréquence de cet acte, son développement prévisible en raison du vieillissement de la population (plus de 60% des personnes âgées de 85 ans sont concernées par cette maladie), l'Assurance Maladie a réalisé un état des lieux de la chirurgie de la cataracte en France. Cette étude s'inscrit aussi dans le suivi de la tarification à l'activité (T2A) menée par l'Assurance Maladie depuis son entrée en vigueur en 2004/2005, il s'agit en effet de veiller au respect des règles de ce nouveau mode de tarification et de vérifier l'opportunité de certaines hospitalisations.

L'étude fait apparaître des différences de pratiques importantes selon les établissements et les départements.

- **Un niveau d'activité très variable** : les 706 structures hospitalières (469 établissements privés et 237 publics) qui pratiquent cette intervention ont des taux d'activité très variables : si 189 établissements réalisent plus de 1000 interventions par an, 310 en font moins de 500 et une trentaine moins de 50.
- **Un recours à la chirurgie ambulatoire inégal** : près de 59% des interventions sont effectuées en ambulatoire<sup>1</sup> mais ce taux est de plus 62 % dans le privé et de 45% dans le public. En outre, la pratique de la chirurgie ambulatoire varie selon les départements : elle est de 4% dans le Cantal et de 94% dans les Alpes de Haute Provence.
- **Une proportion variable de patients opérés<sup>2</sup> selon les départements** : le nombre de patients opérés est plus important dans l'Ouest, le Sud Ouest et le pourtour méditerranéen. L'âge moyen des patients varie entre 66 et 77 ans selon les départements et on observe une corrélation entre l'âge des patients et l'activité des établissements : une forte productivité correspond à des patients opérés plus tôt.

Pour comprendre ces différences départementales, l'Assurance Maladie a étudié plusieurs facteurs : l'ensoleillement, le contexte socio-économique, la démographie, l'offre de soins. Elle a ainsi identifié **deux facteurs expliquant 60% des écarts constatés : l'âge de la population et la densité des ophtalmologues.**

L'Assurance Maladie va approfondir son analyse au niveau local pour déterminer les causes des disparités géographiques inexpliquées par cette première étude (40%). Il convient d'identifier s'il s'agit d'une question d'adéquation entre l'offre de soins et les besoins de la population ou de différences culturelles de recours aux soins et de pratiques médicales.

Parallèlement pour harmoniser la pratique de la chirurgie ambulatoire, l'Assurance Maladie met en place une procédure d'accord préalable avant de réaliser certaines opérations légères<sup>3</sup>, dont la

---

<sup>1</sup> En chirurgie ambulatoire, l'admission, le traitement et la sortie se font le même jour. Cette modalité de soins permet au patient de regagner son domicile le jour même du traitement et évite de passer une ou plusieurs nuits à l'hôpital.

<sup>2</sup> Sur la population standardisée selon l'âge et le sexe

cataracte est l'exemple type, en hospitalisation complète. Ce dispositif concerne les établissements qui pratiquent un nombre d'hospitalisations complètes supérieur à la moyenne régionale, pour des actes qui pourraient être réalisés en chirurgie ambulatoire, dont l'opération de la cataracte est l'exemple type. L'objectif est de réaliser **85% des interventions de la cataracte en ambulatoire**.

La cataracte est une opacification de tout ou partie du cristallin qui entraîne une baisse de l'acuité visuelle en générale bilatérale, à peu près symétrique, d'évolution lente et une gêne à lumière.

Cette pathologie est essentiellement liée à l'âge. La cataracte touche plus de 20 % de la population à partir de l'âge de 65 ans, et plus de 60 % à partir de l'âge de 85 ans. Sa fréquence est en augmentation constante dans les pays industrialisés du fait de l'allongement de l'espérance de vie. C'est une réussite de la chirurgie oculaire pouvant restituer une fonction visuelle quasi-normale.

Le traitement de référence est la chirurgie : extraction extracapsulaire du cristallin par phakoémulsification par ultrasons. Les progrès des techniques permettent sa réalisation sous anesthésie locale (topique) faite par le chirurgien ophtalmologiste et de plus en plus souvent en chirurgie ambulatoire. L'ablation du cristallin est associée dans le même temps opératoire à la mise en place d'un cristallin artificiel (implant intraoculaire).

Le traitement chirurgical permet dans plus de 90% des cas une récupération fonctionnelle excellente et rapide dès le lendemain de l'intervention.

---

<sup>3</sup> outre la cataracte le dispositif concerne aussi le canal carpien, la chirurgie des varices, l'extraction de dents, l'opération des végétations, l'arthroscopie simple du genou.

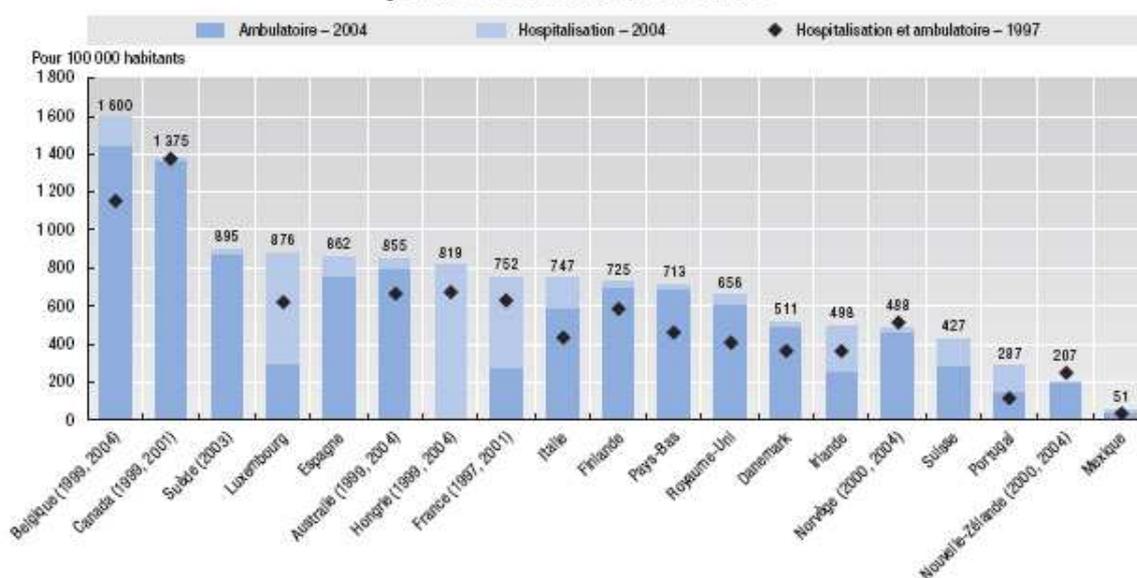
## ***1 - La chirurgie de la cataracte : l'acte chirurgical le plus fréquent en France***

La chirurgie de la cataracte est l'acte chirurgical le plus fréquent en France ; en 2006, 557 378 séjours pour intervention de la cataracte ont été réalisés dans les établissements hospitaliers<sup>4</sup>, ce qui correspond à 908 interventions pour 100 000 habitants.

Dans l'étude comparative réalisée en 2004 par l'OCDE, la France est dans la moyenne par rapport aux autres pays avec un nombre d'interventions de 752 pour 100 000 habitants. Elle est loin derrière la Belgique (1 600), proche des Pays Bas, de la Hongrie et de l'Italie, mais devant la Suisse (427) et le Portugal (287).

Mais cette étude révélait aussi un retard important en terme de chirurgie ambulatoire.

**4.14.1. Nombre de chirurgies de la cataracte avec hospitalisation et en ambulatoire, pour 100 000 habitants, 1997 et 2004**



Etant donné la fréquence de cet acte et son développement prévisible en raison du vieillissement de la population, l'Assurance Maladie a voulu mieux connaître l'état des lieux de sa pratique en France. L'objectif de cette étude est d'apporter des éléments pour améliorer l'organisation des soins, faciliter l'accès de ces derniers aux patients, homogénéiser la qualité des pratiques.

Pour ce faire l'étude comparative par départements sur la pratique de la chirurgie de la cataracte porte sur plusieurs données :

- le nombre d'établissement pratiquant cette intervention, leur statut (secteur privé ou public),
- leur activité annuelle,
- le mode opératoire le plus fréquemment utilisé (hospitalisation complète ou chirurgie ambulatoire),
- le nombre de patients opérés par département et l'âge de l'intervention.

<sup>4</sup> Données issues du PMSI

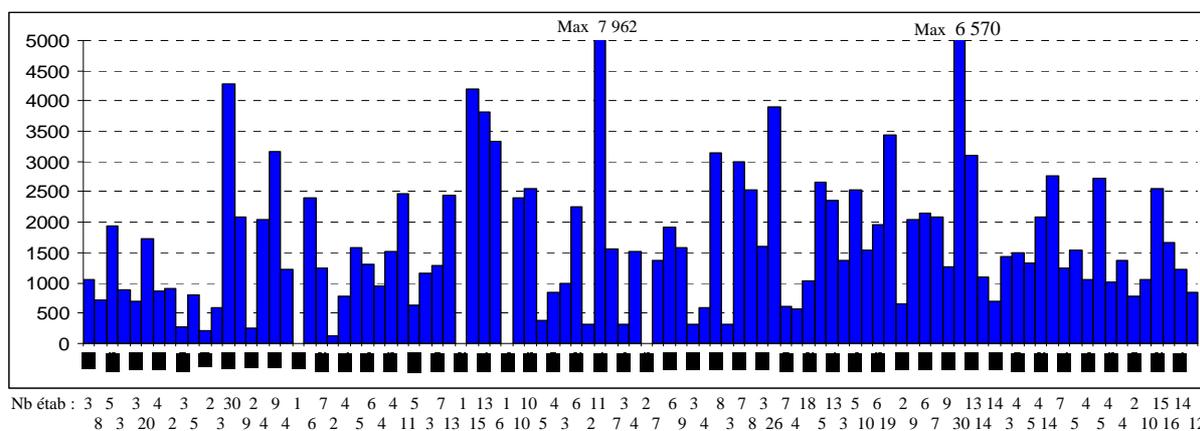
## 2 – Les établissements réalisant l'intervention de la cataracte

### ▪ Un niveau d'activité variable selon les établissements

706 structures hospitalières (237 établissements publics<sup>5</sup> et 469 établissements privés) pratiquent la chirurgie de la cataracte en France métropolitaine.

Sur les 557 378 interventions de la cataracte en 2006, 445 724 interventions soit plus de 80%, ont été réalisées dans le secteur privé, environ 4 fois plus que dans le secteur public qui compte 111 654 interventions.

Toutefois cette répartition recouvre des différences départementales allant de 100% de réalisation dans le secteur privé dans le Lot et Garonne à 24% dans le Territoire de Belfort.



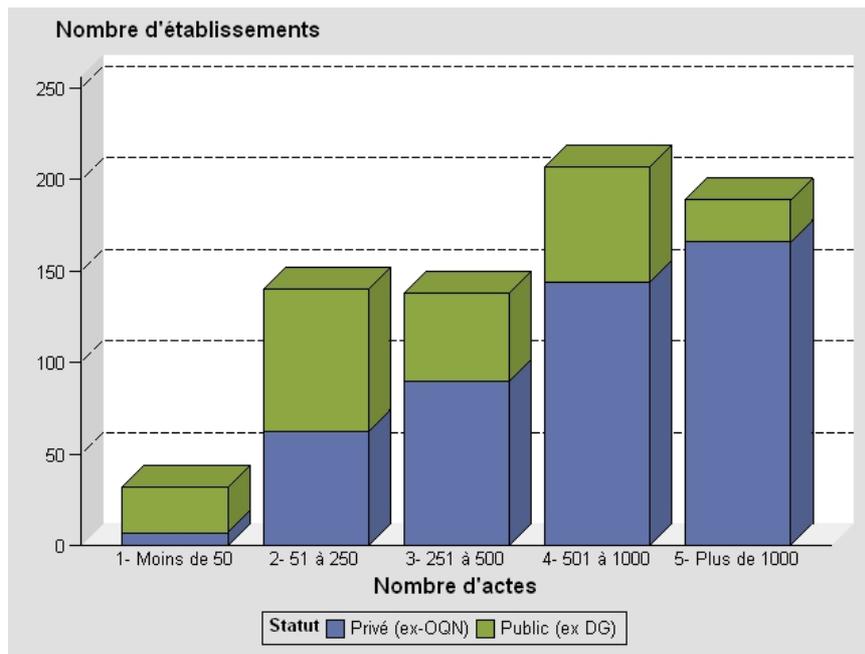
Ecarts intra départementaux d'activité entre établissements (graphique 2)

On constate que les niveaux d'activité des établissements varient de 1 à 8 000 séjours, cette hétérogénéité d'activité est observée dans un même département (voir graphique 2).

32 structures réalisent moins de 50 séjours pour intervention de la cataracte par an, 140 établissements ont une activité comprise entre 50 et 250 séjours, 138 entre 250 et 500 séjours, 207 entre 500 et 1000 séjours, enfin 189 établissements soit 27 % réalisent plus de 1 000 séjours pour intervention de la cataracte.

Parmi ces 189 établissements, 166 relèvent du secteur privé et 23 du secteur public ( voir graphique 3 page suivante).

<sup>5</sup> Sous la dénomination publique nous intégrons les établissements du secteur privé non lucratif



Répartition des établissements par niveau de production et par statut (graphique 3)

Ces différences d'activité prouvent que l'organisation de l'offre de soins pour la chirurgie de la cataracte mériterait d'être améliorée. Les interventions pourraient être réservées aux établissements qui la pratiquent régulièrement. Cette organisation est d'autant plus souhaitable que des publications ont montré une relation entre l'activité et les taux de complications : plus l'activité est élevée, plus le taux de complication est faible<sup>6</sup>.

### ▪ Une pratique hétérogène de la chirurgie ambulatoire

59% des opérations sont effectuées en chirurgie ambulatoire, mais ce taux est de 62% pour le privé et de 45% dans le public.

L'étude montre également que la **pratique de la chirurgie ambulatoire varie selon les départements : elle va de 4% à 94% avec une moyenne de 59%**. Les régions où la chirurgie ambulatoire est la plus utilisée sont l'Aquitaine, le pourtour méditerranéen et l'Île de France (voir carte en annexe 1).

Les départements ayant la plus forte pratique de la chirurgie ambulatoire, avec un taux supérieur à 80% sont l'Aude, les Pyrénées Orientales et les Alpes de Haute Provence. À l'inverse cette pratique est très faible dans le Cantal (4%).

L'analyse de l'Assurance Maladie fait aussi apparaître qu'un taux élevé de chirurgie ambulatoire est corrélé avec un nombre d'actes élevé, réalisés majoritairement par des établissements privés.

La chirurgie ambulatoire est une alternative intéressante à l'hospitalisation complète qui, elle, nécessite une ou plusieurs nuits dans l'établissement. Les progrès techniques réalisés en matière de chirurgie et d'anesthésie ont rendu cette intervention moins invasive et moins lourde qu'autrefois, permettant ainsi aux patients de récupérer rapidement.

L'avantage pour le patient est de vivre sa convalescence à son rythme, dans un environnement familial, tout en bénéficiant d'un suivi post opératoire qui offre toutes les garanties de sécurité nécessaire.

**Ce mode de prise en charge est très apprécié des patients puisque, dans 9 cas sur 10, ils se déclarent satisfaits à l'issue d'une intervention sous cette forme.**

<sup>6</sup> Chaim M. Bell, MD, PhD, Wendy V. Hatch, OD, MSc, Geta Cernat, MD, David R. Urbach, MD, MSc Surgeon  
Volumes and Selected Patient Outcomes in Cataract Surgery

Des incitatifs tarifaires au développement de la chirurgie ambulatoire ont été mis en place depuis 2 ans dans le cadre de la tarification à l'activité. Le rapprochement des tarifs de GHS<sup>7</sup> entre hospitalisation complète et chirurgie ambulatoire dans les échelles publics et privés est très avancé pour la chirurgie de la cataracte et les économies pour atteindre 85% de réalisation en ambulatoire sont limitées (6.5 millions d'euros).

Il faut en effet noter que le montant actuel de prise en charge par l'Assurance Maladie de cette intervention est l'un des plus élevés en Europe<sup>8</sup>. Une économie importante pourrait encore être réalisée si les tarifs des GHS de chirurgie ambulatoire étaient alignés sur la moyenne européenne ou rapprochés des coûts observés. **Sur la seule chirurgie ambulatoire et en s'appuyant sur un coût proche de l'Allemagne, (900€), les économies potentielles s'élèveraient à 68 millions d'euros avec le taux actuel de chirurgie ambulatoire et à 141 millions d'euros si ce taux atteignait 85% dans chaque établissement.**

Afin d'homogénéiser la pratique de la chirurgie ambulatoire et de la développer dans tous les établissements, l'Assurance Maladie a lancé en 2008 un programme d'action. Ce programme, dit d'autorisation préalable pour les hospitalisations complètes, a été testé dans le Val d'Oise puis élargi à une cinquantaine de départements avant de se généraliser progressivement à toute la France (voir annexe 3).

---

<sup>7</sup> Chaque séjour hospitalier est répertorié par pathologie, appelée groupes homogènes de malades (GHM) (par exemple la chirurgie de la cataracte). De manière générale, à chaque groupe homogène de malades correspond un tarif national (GHS) qui rémunère l'ensemble des soins et des traitements administrés au malade et ce, quelle que soit la durée du séjour (à l'exception de certains produits de santé inscrits sur une liste spéciale). La T2A concerne uniquement les services de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie.

<sup>8</sup> Health economics 2008 Cost and reimbursement of cataract surgery in Europe : a cross-country comparison G.Fattore, A. Torbica

### 3 - Les patients opérés de la cataracte

L'âge moyen des patients opérés est de 74 ans, mais il existe des différences selon les départements. Ainsi dans certains départements comme la Manche, les Côtes d'Armor, les Landes etc., la moyenne d'âge des patients opérés est de l'ordre de 75 ans mais elle est de 72 ans pour les Bouches du Rhône et l'Ile de France.

Le minimum étant de 66 ans pour la Guyane et le maximum de 77 ans pour le département de la Creuse.

Et comme nous l'avons vu : il existe de fortes différences de production par établissements et selon les départements. En croisant le niveau de production des structures avec l'âge moyen des patients opérés, **on constate une corrélation entre une activité forte et une moyenne d'âge plus jeune dans un même département** (voir cartes en annexe 2)

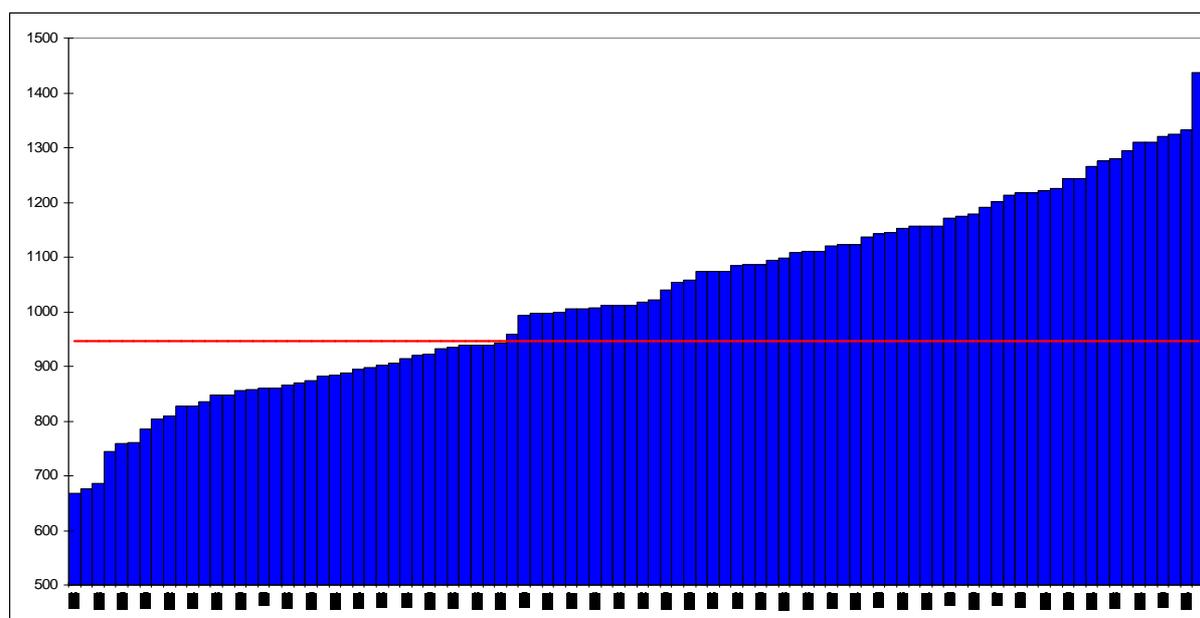
#### ▪ Une proportion de patients opérés variable selon les départements

Cet acte est proportionnellement davantage réalisé pour les habitants du Sud-Ouest et des départements de la côte océanique, ainsi que sur le pourtour méditerranéen. A contrario, il est moins fréquent dans le Nord, Nord Est de la France.

En 2006, 908 séjours pour intervention de la cataracte ont été réalisés en moyenne pour 100 000 personnes mais les taux sont très différents d'un département à l'autre : 533 pour 100 000 habitants dans les Ardennes, 850 en Haute Vienne, 1 534 en Ile de France, 1 638 en Charente Maritime, 1 727 en Loire Atlantique.

L'analyse standardisée, qui neutralise les effets sexe et âge sur les consommations départementales, réduit les écarts (de 2,5%) sans modifier réellement les résultats bruts.

Le département de la Charente Maritime est le département où le nombre de patients opérés est le plus nombreux, **34% de plus que la moyenne nationale**, à l'inverse le nombre d'interventions est inférieur de 44% à la moyenne nationale dans les Ardennes.



Consommation standardisée sur le sexe et l'âge par département pour 100 000 habitants  
(Le trait rouge représente la consommation moyenne nationale) (graphique 4)

#### ***4 – Les écarts départementaux ne s’expliquent pas en totalité***

---

Pour comprendre ces différences départementales de recours aux soins, l’Assurance Maladie a étudié l’effet statistique de plusieurs facteurs :

- Les caractéristiques démographiques, épidémiologiques et socio-économiques de la population : âge, % d’habitants entre 0-19 ans, 20-39, 40-59, 60-74, 75 ans et plus, le taux de mortalité, la densité de la population, le niveau de revenu (taux de foyers imposés, revenu médian, proportion de bénéficiaires du RMI)
- Le niveau d’ensevelissement
- L’offre de soins : densité des médecins ophtalmologues et taux de lits de médecine, chirurgie obstétrique (MCO) pour 100 000 habitants

L’ensevelissement considéré comme un facteur de risque de certaines formes de cataractes, n’est pas prépondérant, le niveau de revenu et l’équipement des services de MCO n’ont pas d’incidence.

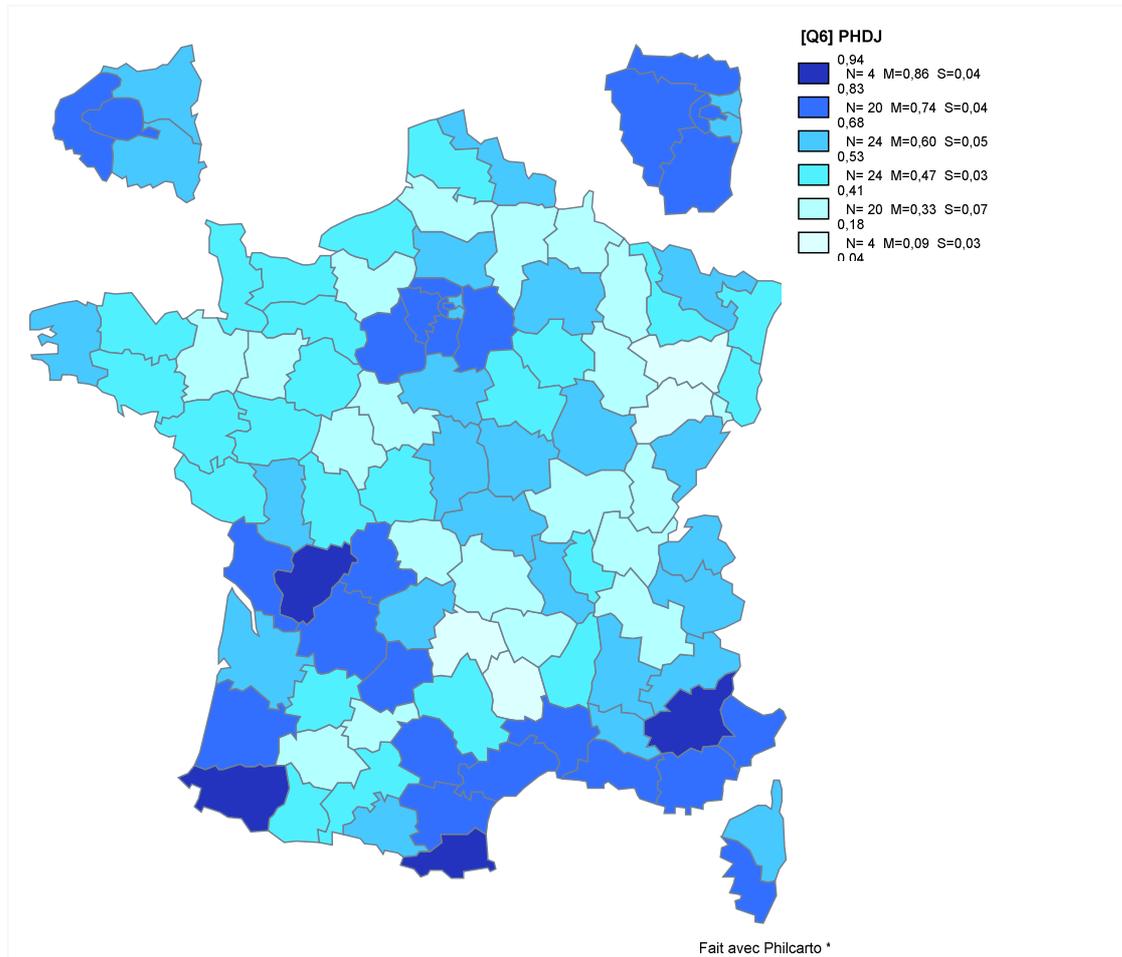
En revanche, deux caractéristiques ont un lien significatif avec le taux d’opération de la cataracte par département et expliquent près de 60% des écarts constatés sur le taux d’interventions :

- **L’âge de la population** : un taux élevé d’interventions dans un département correspond à une forte proportion de personnes âgées de 60 à 74 ans. Ainsi, dans le département du Val d’Oise où les 60-74 ans représentent seulement 9% de la population on compte 616 interventions de la cataracte pour 100 000 habitants. A contrario, dans le département du Lot où les 60-74 ans représentent 17% de la population le nombre d’intervention augmente pour atteindre 1 168 pour 100 000 habitants.
- En toute logique, le taux de chirurgie de la cataracte est plus faible dans les départements où l’espérance de vie est plus courte.
- **Le nombre d’ophtalmologues** installés dans le département ; ce qui confirme l’observation déjà faite : les taux élevés d’opération de la cataracte correspondent aux régions où sont installés les gros centres de chirurgie de la cataracte.  
Par exemple, le département des Alpes Maritimes où le nombre d’ophtalmologues est de 14 pour 100 000 habitants affiche un nombre d’intervention de la cataracte égal à 1 227 pour 100 000 personnes.  
En revanche, dans le département de la Lozère où le nombre d’ophtalmologues est inférieur à 3 pour 100 000 habitants, on ne compte que 885 interventions pour 100 000 habitants et dans le Pas de Calais où le nombre d’ophtalmologues est d’environ 4 pour 100 000 habitants, on recense 726 interventions pour 100 000 personnes.

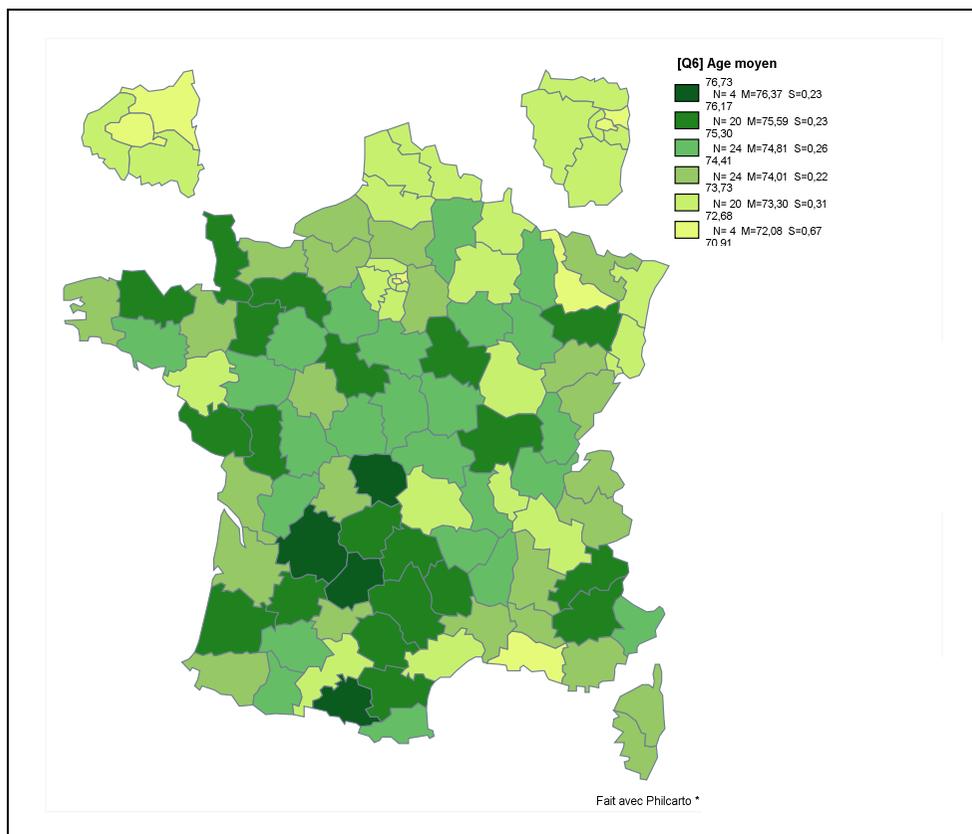
#### **Toutefois ces facteurs n’expliquent que 60% des variations constatées.**

Aussi, pour comprendre les 40% restants, l’Assurance Maladie va approfondir son analyse au niveau local pour déterminer si ces disparités peuvent s’expliquer par une question d’adéquation entre l’offre de soins et les besoins de la population ou par des différences d’habitudes culturelles de recours aux soins ou de pratiques médicales.

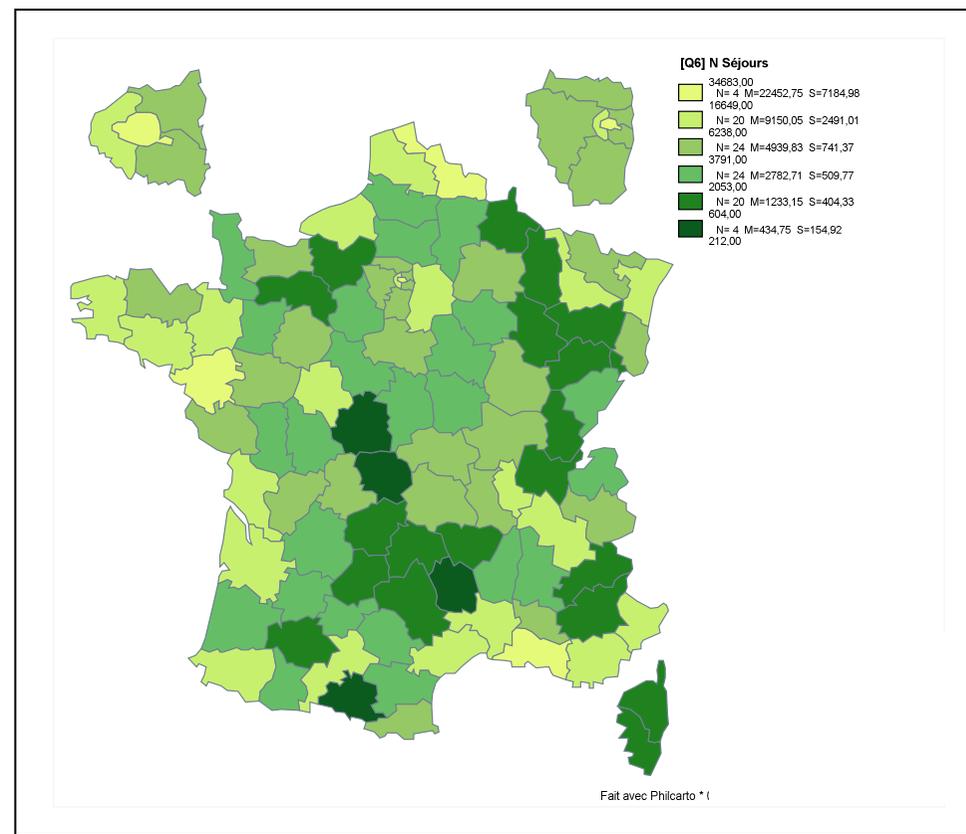
**Part de la chirurgie ambulatoire dans la production des établissements par département**



Age moyen des patients opérés dans chaque département



Nombre d'interventions réalisées dans chaque département



### **Développer la chirurgie ambulatoire : une priorité de l'Assurance Maladie pour une pratique appréciée des patients**

**Se faire opérer et rentrer chez soi le jour même, c'est souvent possible grâce à la chirurgie ambulatoire et au développement de nouvelles techniques de chirurgie et d'anesthésie. Ce mode de prise en charge est très apprécié des patients puisque, dans 9 cas sur 10, ils se déclarent satisfaits à l'issue d'une intervention sous cette forme.**

**Pourtant, la chirurgie ambulatoire est beaucoup moins développée en France que dans les autres pays de l'OCDE. Les pratiques diffèrent aussi beaucoup d'un département à l'autre, et même d'un établissement à l'autre.**

**L'Assurance Maladie met en place un système d'accord préalable avant de réaliser certaines opérations légères en hospitalisation complète. Ce dispositif concernera les établissements qui pratiquent un nombre d'hospitalisations complètes supérieur à la moyenne, pour des actes qui pourraient être réalisés en chirurgie ambulatoire. Objectif : accélérer le développement de la chirurgie ambulatoire.**

- **De nombreux avantages pour une pratique appréciée des patients**

La chirurgie ambulatoire constitue une alternative souvent avantageuse à l'hospitalisation dite traditionnelle ou complète et qui nécessite une ou plusieurs nuits dans l'établissement.

Les progrès techniques en matière de chirurgie et d'anesthésie réalisés ces dernières années permettent désormais aux patients de se remettre beaucoup plus vite d'une opération et donc de rentrer chez eux le soir même.

L'avantage de ce type d'intervention, moins lourde et souvent moins invasive, c'est surtout qu'elle permet au patient de récupérer plus vite à la suite de l'opération, d'être moins fatigué et de vivre sa convalescence à son rythme, dans un environnement familial. Autre avantage : le risque d'infection nosocomiale est sensiblement réduit.

La prise en charge de la douleur post-opératoire s'est aussi beaucoup améliorée, créant les conditions optimales d'un retour à domicile. Le patient bénéficie d'un suivi post-opératoire offrant toutes les garanties de sécurité nécessaires. Un numéro de téléphone est mis à sa disposition pour lui permettre de rester en contact avec l'équipe médicale 24h sur 24.

Par ailleurs, les enquêtes montrent que, pour une large majorité, les assurés sont favorables à une prise en charge ambulatoire : **90% des patients se déclarent satisfaits, à l'issue d'une intervention sous cette forme**<sup>9</sup>.

L'enquête menée par l'Assurance Maladie en février 2007<sup>10</sup> indique qu'**une très large majorité de Français (81%) serait prête à recourir personnellement à la chirurgie ambulatoire.**

La chirurgie ambulatoire est très souvent possible pour des interventions légères comme **la cataracte, l'extraction de dents, l'opération des végétations, l'arthroscopie simple du genou, la chirurgie du canal carpien**. Il s'agit d'actes pour lesquels une prise en charge en ambulatoire a été validée par des sociétés savantes de chirurgie ambulatoire et d'anesthésie réanimation.

Cette prise en charge est **adaptée à la plupart des personnes** qui ne souffrent pas de maladie grave. Quelques conditions sont néanmoins indispensables : être accompagné à son retour au domicile et lors de la première nuit qui suit l'opération, habiter à moins d'une heure de l'établissement et avoir le téléphone pour rester en contact avec l'équipe médicale. La situation médicale et personnelle du patient fait l'objet d'une attention toute particulière pour déterminer si l'opération peut être réalisée en ambulatoire.

---

<sup>9</sup> Enquête PNIR - Conditions de développement de la chirurgie ambulatoire (octobre 2003) - [www.ameli.fr](http://www.ameli.fr).

<sup>10</sup> Enquête omnibus Ipsos réalisée les 16 et 17 février 2007 par téléphone auprès d'un échantillon de 1 013 personnes représentatives de la population française, âgées de 15 ans et plus (méthode des quotas).

La chirurgie ambulatoire offre l'avantage d'une **prise en charge « sur-mesure »** où tout est programmé à l'avance. Les examens pré-opératoires ont déjà été réalisés et l'heure d'entrée à l'hôpital a été planifiée au plus près de l'intervention. Le bloc opératoire est réservé, la surveillance post-opératoire programmée.

Autre avantage : c'est aussi **un forfait hospitalier d'économisé** puisqu'il n'y a pas d'hébergement. En plus des avantages pour les patients (rétablissement plus rapide, moindres risques, etc.), la chirurgie ambulatoire permet d'optimiser significativement la gestion des dépenses publiques et l'efficacité des soins.

- **Pourtant très apprécié des patients, ce mode de prise en charge est encore insuffisamment développé en France.**

La France se classe dans les derniers pays de l'OCDE en matière de chirurgie ambulatoire.

Seuls 40% des actes éligibles sont réalisés en chirurgie ambulatoire, contre 61% en Allemagne et 78% au Danemark.

En 2006, 1,6 million d'hospitalisations ont été réalisées en ambulatoire en France dont près des trois quarts en établissements privés mais des marges de progrès substantielles existent. Sur les 5 gestes marqueurs les plus fréquents<sup>11</sup>, soit 1,3 million d'actes par an, on estime que 500 000 sont transférables en ambulatoire.

D'un département à l'autre et d'un établissement à l'autre, les pratiques en matière de chirurgie ambulatoire varient beaucoup : plus de 30 points d'écart entre la région Provence-Alpes-Côte-d'Azur qui a le plus développé cette pratique et la Franche-Comté dans le privé. Dans le public, 26 points d'écart, entre Poitou-Charentes et l'Auvergne qui a le moins développé cette pratique<sup>12</sup>.

- **L'Assurance Maladie intensifie ses actions pour accélérer le développement de la chirurgie ambulatoire et harmoniser les pratiques.**

L'Assurance Maladie a rencontré les responsables d'établissements pour les inciter à développer l'activité en ambulatoire et en leur fournissant leur profil d'activité et des outils pratiques (mémos). Cette année, l'Assurance Maladie engage une nouvelle dynamique pour accélérer le développement de la chirurgie ambulatoire avec le dispositif de mise sous accord préalable avant de réaliser certains actes en hospitalisation complète, figurant dans la loi de financement de 2008<sup>13</sup>. Cette action concerne les établissements qui ont une pratique de la chirurgie ambulatoire inférieure à la moyenne. Le choix des établissements est réalisé par le directeur de la caisse d'assurance maladie en accord avec le directeur de l'ARH, et une procédure contradictoire est prévue pour l'établissement.

La mise sous accord préalable a été mise en pratique dans le Val-d'Oise dans deux établissements, un hôpital et une clinique, dont la pratique en chirurgie ambulatoire était inférieure à la moyenne pour deux actes sélectionnés -la chirurgie de la cataracte et les extractions dentaires-.

Concrètement, pour une hospitalisation complète sur ces deux actes, l'accord du service médical de l'Assurance Maladie est systématiquement sollicité. L'avis est rendu dans les 24 heures à l'établissement par courriel. En cas de refus, l'établissement est prévenu de la même façon et le patient par courrier dans les jours qui suivent. Le dispositif joue surtout un rôle de levier pour accélérer le développement de la chirurgie ambulatoire.

Concernant l'expérience menée dans le Val-d'Oise, on constate d'ores et déjà que, pour les établissements concernés, tous les actes pouvant être réalisés en chirurgie ambulatoire l'ont été. Le dispositif a donc joué un rôle incitatif fort et permis une mise à plat de l'organisation pour leur permettre de prendre en charge leurs patients "éligibles" en chirurgie ambulatoire.

---

<sup>11</sup> cataracte, chirurgie des varices, extraction de dents, opération des végétations, arthroscopie simple du genou.

<sup>12</sup> D'après une étude sur 18 actes marqueurs, Provence-Alpes-Côte d'Azur : 58% des interventions, Franche-Comté : 28% ; dans le public, Poitou-Charentes (45%) et Auvergne (19% seulement).

<sup>13</sup> Article L. 162-1-17 du Code de la Sécurité Sociale et article L. 6114.2 du Code de la Santé Publique

**A la mi-année 2008, une centaine d'établissements est concernée par cette procédure dans une cinquantaine de départements.** Et dans le courant de l'automne, la procédure sera étendue à tous les départements. Un premier bilan de la démarche sera réalisé début 2009.